保護者用　健康チェックカード

月　　日（　）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生徒氏名　　年　組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〇発熱や風邪症状等、また下記の項目に**一つでもチェックがある場合は、懇談を見合わせてください**。
〇花粉症やアレルギー等　持病による症状は除いてください。

平　熱	前日夜の体温	℃
℃	当日朝の体温	℃

チェック欄		症　　状
ある	ない	
□	□	平熱を超える明らかな発熱がある。
□	□	体がだるい　体が重い
□	□	息苦しさがある（いつもと違う苦しさ）
□	□	のどの痛みがある
□	□	咳が出る　痰がからむ
□	□	鼻水が出る　鼻づまりがある
□	□	頭痛がある
□	□	吐気・嘔吐・下痢がある
□	□	臭いや味を感じない
□	□	同居の家族に熱やだるさなどで具合の悪い人がいる

◆下記について 10 日前からの状況をお知らせください

□	□	新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触があった
□	□	同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいた
□	□	県内外の感染拡大地域への往来（滞在）があった。

※過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触があった場合は、学校にご連絡ください。

※この個人情報については、学校で１ケ月間保存後、責任をもって処分いたします。